**Kwestionariusz osobowy PZ-SAP**

Rejestracja / Zmiana (Nr osobowy SAP \_ \_ \_ \_ \_ \_ )

*Kwestionariusz należy wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PESEL | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nazwisko rodowe | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kobieta (\*) | | | | | | | |  | |
| Imię / Imiona | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mężczyzna (\*) | | | | | | | |  | |
| Data urodzenia | | |  | | | | | | | | | Miejsce urodzenia | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Kraj urodzenia | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo 1 | | |  | | | | | | | | | Obywatelstwo 2 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Tytuł naukowy /zawodowy | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania dla celów podatkowych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kraj: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ulica | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Nr domu | | | | | | |  | | | | | Nr mieszkania | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Kod | | | | | | |  | | | | | Poczta | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Województwo/  Region/Stan | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Powiat | | | | | | |  | | | | | Gmina/  Dzielnica | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji – tylko w Polsce (jeżeli jest taki jak zamieszkania w pole obok wpisz „X”) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Ulica | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Nr domu | | | | | |  | | | | | Nr mieszkania | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Kod | | | | | |  | | | | | Poczta | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Województwo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Powiat | | | | | |  | | | | | Gmina/  Dzielnica | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Dane dodatkowe adresu do korespondencji (np. firma) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefon kontaktowy | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Kod Oddziału NFZ: | | | | | | | |  | | | | | | | | Urząd skarbowy (pełna nazwa) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polski numer rachunku bankowego do dokonywania przelewów: | | | | | | | | | | | – – – – – –  ­– – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Posiadam uprawnienie do: (\*) | | | | | | 1. Emerytury | | | | | | | | | | | | | | |  | | 2. Renty | | | | | | |  | | Renta przyznana jest do dnia: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Numer świadczenia: | | |  | | | | | | | | | | Organ wypłacający  świadczenie | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Adres: | | |  | | | | | | | | | | |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wydane na okres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Od: | | | |  | | | | | | | | | | | | | Do: | |  | | | | | | | | |
| Data wydania orzeczenia: | | |  | | | | | | | Rodzaj niepełnosprawności (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | | Lekki | | | | | |  | | | | Umiarkowany | | | | | |  | | Znaczny | | | | | | |  |
| Jestem (\*) | Studentem | | | |  | Doktorantem | | | | | | | | |  | | | | | Uczelnia: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Nr albumu | | | |  | | | | | | |
| Oświadczam, że jestem rezydentem Polski, a na Informacji o dochodach oraz pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11 jako identyfikator podatkowy proszę umieścić | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NIP  (podać numer) | | | | | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | | | | | | | | PESEL | | | |  |
| Dane uzupełniające dla nierezydentów | | | | | | | | | | | | | | Imię matki | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Imię ojca | | | | | | | |  | | | | | | |
| Zagraniczny nr rachunku bankowego | | | | | | | | | Kod BIC (SWIFT): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kraj banku | |  | | | | | | | | | | | | | | | Nr IBAN: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Waluta przelewu | | | | | | | |  | | | |
| Paszport: Seria i numer | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kraj wydania: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Data ważności: | | | | | | |  | | | | | |
| Oświadczam, że jestem rezydentem (wpisać jakiego kraju) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mój numer identyfikacji podatkowej TIN / ubezpieczenia | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na otrzymywanie rocznej informacji podatkowej PIT/IFT w formie elektronicznej na podany wyżej adres e-mail (\*)  - w tym przypadku niezbędne jest podanie adresu email i numeru telefonu komórkowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu osobowym są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy. O wszelkich zmianach danych dotyczących powyższego kwestionariusza osobowego zawiadomię Dział Płac Politechniki Warszawskiej w ciągu 3 dni składając nowy kwestionariusz osobowy. Przyjmuję do wiadomości, że zmiany danych do PIT (IFT) muszą być złożone do 07.01 w roku jego wystawienia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wypełnienia | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | podpis | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (\*) – ***Zaznaczyć właściwe pole wpisując „X”*** |  | Data przyjęcia i adnotacje służbowe: |